432

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Anna SCHMIERGELD
Ancienne externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DES

Kystes de l'Ovaire pelviens

PENDANT LE TRAVAIL

Président : M. PINARD, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILLE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR A. SCHMIERGELD

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
LENORMANT

Qui a plus d'un titre à notre vive gratitude, car c'est lui qui a guidé nos premiers pas dans l'étude de la pathologie externe ; de plus, il nous a témoigné toujours au cours de nos études une si grande bienveillance que nous ne saurons jamais l'oublier.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
CAMPENON

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARIÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
REYNIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR TALAMON

Nous sommes heureuse de pouvoir exprimer ici notre vive reconnaissance à ce maître, dans le service duquel, à l'hôpital Bichat, nous avons été si admirablement initiée à la pratique médicale.

AVANT-PROPOS

Dans une communication récente à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, M. le Dr Couvelaire a rapporté un cas d'ovariotomie abdominale pendant le travail, suivie d'accouchement par voies naturelles. Cette communication est d'autant plus intéressante, que la dystocie par tumeurs ovariques étant fort rare, la question de conduite à tenir dans ces cas n'est pas encore complètement élucidée.

Nous sommes infiniment reconnaissante à notre maître, le Dr Couvelaire, de nous avoir suggéré l'idée de ce travail, ce qui nous permettra de contribuer tant soit peu à l'étude de cette question si importante. Nous le prions de vouloir bien croire à notre sincère gratitude pour avoir bien voulu s'intéresser à notre travail, et pour nous avoir guidée de ses précieux conseils.

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, qu'il nous soit permis d'adresser nos respectueux remerciements à M. le professeur Pinard, pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence

de notre thèse. Nous sommes heureuse d'avoir pu obtenir une place d'externe dans le service de ce maître, dont nous avons toujours suivi l'enseignement avec le plus vif intérêt.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DES

KYSTES DE L'OVAIRE PELVIENS

pendant le travail

INTRODUCTION

La présence des tumeurs ovariques dans le pelvis pendant le travail est tout à fait exceptionnelle, puisque Jalaber n'a trouvé cette complication qu'une seule fois sur une moyenne de 1.100 accouchements recueillis dans les maternités de Paris.

Sur 17.832 accouchements à la maternité de Berlin, Flaischlen a trouvé 5 cas de dystocie par tumeurs ovariques ; bien que la proportion soit plus élevée que celle indiquée par Jalaber, elle est encore bien minime.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit de tumeurs unilatérales, le second ovaire restant sain ; pourtant on trouve dans la littérature quelques observations de tumeurs bilatérales.

Quant à la nature des tumeurs, elles se suivent par ordre de fréquence :

Kystes simples uni ou multiloculaires ;
Kystes dermoïdes ;
Tumeurs solides.

La statistique suivante de McKerron donne une idée de fréquence relative de ces différentes variétés. Sur 113 cas il a trouvé :

51 kystes simples ;
76 kystes dermoïdes ;
9 tumeurs malignes ;
5 fibromes ;
2 kystes colloïdaux.

DIAGNOSTIC

Lorsqu'une tumeur se trouve dans le petit bassin au moment du travail, on peut toujours s'attendre à une dystocie, parfois fort grave.

Le diagnostic de toutes les tumeurs du pelvis toujours délicat, dans ses détails tout au moins, devient alors difficile ; la nature de la tumeur, ses connexions exactes ne peuvent pas toujours être définies ; de là les hésitations qui surgissent dans la conduite à tenir.

Évidemment, si on se trouve en présence d'une tumeur occupant le Douglas, tumeur arrondie, fluctuante, indolore plus ou moins mobile, ces signes suffisent en général pour faite porter un diagnostic exact. Mais le diagnostic devient parfois fort délicat, car « il y a des degrés de consistance et de mobilité, des nuances dans le plus ou moins de fluctuation, des irrégularités dans la forme et des changements dans les rapports qui, dans les différents cas, font varier les zones de résonance et de matité » (Spencer Wells).

En effet un kyste comprimé, très tendu, ne peut-il pas en imposer pour un fibrome !

Un fibrome ramolli par le fait de la gestation ne ressemble-t-il pas, à s'y méprendre, à un kyste de l'ovaire ?

Dans un cas, Jolly avait pris le kyste pour un rein abaissé ; un autre a pris la tumeur pour un second fœtus.

Entre autres moyens permettant de faire le diagnostic (trop connus pour que nous les passions en revue ici), certains auteurs ont préconisé la ponction exploratrice. Ainsi Haagen s'exprime de la façon suivante : « On ne craindra pas de faire la ponction et même l'incision exploratrice, même dans les tumeurs à consistance solide. »

Il est certain que la ponction peut, dans beaucoup de cas, donner des renseignements utiles sur le contenu du kyste. Mais on ne doit pas croire ce moyen infaillible ; dans beaucoup de cas, il peut induire en erreur. Ainsi une ponction blanche pourrait faire supposer une tumeur solide ; pourtant il y a des kystes dermoïdes à contenu très épais, ressemblant à du mastic, où la ponction restera infructueuse.

La cause du résultat négatif de la ponction peut être différente ; ou bien le contenu trop épais ne peut pas traverser l'aiguille trop étroite, ou bien, l'aiguille a piqué un peloton de cheveux, et la ponction reste négative ; une nouvelle ponction pratiquée quelques heures plus tard amène du liquide.

Même dans les cas où la ponction est positive

et où on a des renseignements sur la nature de la tumeur, cette ponction ne pourra pas nous renseigner sur les connexions de la tumeur, question au moins aussi importante. Qu'une tumeur soit libre ou qu'elle se soit développée dans le ligament large, cela ne changera en rien le résultat de la ponction ; au contraire, cette question sera d'une importance capitale au point de vue intervention.

Si donc la ponction peut rendre des services dans certains cas, il ne faut pas toutefois exagérer sa valeur au point de vue diagnostic.

TRAITEMENT

Voici une femme en travail ; ce travail traîne depuis un certain temps déjà ; à l'examen de la parturiente le médecin trouve une tumeur dans le petit bassin. Quelle sera la conduite à tenir ?

Dans un certain nombre de cas, la tumeur peut se déplacer, remonter dans la cavité abdominale et laisser le passage libre au fœtus. C'est le cas de certaines tumeurs libres d'adhérence et n'occupant le bassin que par une partie de leur volume. Mais cette éventualité est très rare.

Dans certains cas tout à fait exceptionnels, il s'est fait une sorte d'ovariotomie naturelle, la tumeur descendant au-devant du fœtus par une déchirure de la paroi vaginale. Cette solution spontanée est une curiosité pathologique, d'ailleurs regrettable.

Ces éventualités sont fort rares et Playfair n'a réuni que 13 cas d'accouchement spontané et McKerron 35 cas.

Mais le médecin ne doit jamais compter sur un accouchement spontané ; cette méthode d'expectation fait courir les plus grands risques à la mère

et à l'enfant ; sous l'influence des contractions, l'utérus peut se déchirer, éventualité rare ; plus fréquemment on aura une rupture du kyste avec inondation péritonéale et tous les dangers qui peuvent s'ensuivre (péritonite).

On a même vu des cas où la mort de la femme avait précédé l'accouchement.

D'après Winckel, l'expectation donne :

Une mortalité maternelle de 39,2 o/o.
Une mortalité infantile de 67 o/o.

D'après Tarnowoski, la mort maternelle est de 31,3 o/o.

D'ailleurs tous les auteurs sont, à l'époque actuelle, bien d'accord sur le point suivant : toutes les fois qu'une tumeur ovarique se trouve dans le petit bassin et met un obstacle au passage du fœtus, on doit intervenir. Mais si on ne discute plus sur l'utilité de l'intervention, les avis sont plus partagés quant à son choix.

Bien entendu, nous ne parlerons plus de ces interventions de barbare obstétrique qui consistaient à faire passer l'enfant à tout prix.

La statistique de McKerron n'est-elle pas suffisamment instructive à ce point de vue en montrant que sur :

	Mort	
14 forceps.....	Mères 8	Enfants 10
17 versions	— 6	— 10
18 embryotomies.	— 8	—

On a signalé même des cas où malgré les mutilations de l'enfant, on n'arrivait pas à l'extraire. Une autre intervention est donc nécessaire.

Le moyen le plus simple de s'attaquer à la tumeur, c'est de la refouler dans la cavité abdominale au-dessus de la présentation. Sans compter que ce n'est pas toujours possible (échec dans 40 o/o de cas, d'après McKerron), le refoulement présente toujours des dangers. Pürckhauer a rapporté un cas de rupture du kyste après refoulement spontané. Mort de la femme par péritonite septique.

Dans le cas de Boissard et Coudert, la femme est morte d'hémorragie interne consécutive au refoulement d'une tumeur ovarienne, qui d'ailleurs était solide.

McKerron donne une mortalité de 8 o/o à la suite de rupture ou suppuration de la tumeur refoulée.

On ne fera donc de tentative de refoulement que dans les cas de tumeur relativement petite, bien mobile, et encore ces tentatives doivent-elles être faites avec une extrême douceur.

Le refoulement doit toujours être tenté la femme étant endormie ; on lui épargnera ainsi des souffrances inutiles ; d'autre part, l'opérateur ne sera pas gêné par la contraction musculaire.

Bien entendu, on ne doit manœuvrer que dans l'intervalle des douleurs, manœuvrer avec ménagement et ne pas insister en cas de difficultés.

Avant l'anesthésie, on pourra tenter le refoulement dans la position genu pectorale qui facilitera les manœuvres.

Dührssen, considérant le refoulement plus dangereux que l'ovariotomie vaginale, le condamne complètement.

La ponction de la tumeur est une intervention très discutée encore à l'heure actuelle. D'abord elle est souvent inefficace, dans les cas de kystes dermoïdes, de kystes multiloculaires, kystes colloïdaux. Dans ces cas, on n'arrive pas à diminuer le volume de la tumeur suffisamment pour que le fœtus ait la place de passer. D'ailleurs Büttner voit dans la diminution du volume de la tumeur une prédisposition à la torsion du pédicule.

Dans un cas, Charles Wist attribue la mort de la malade à une ponction faite sur une tumeur solide avant son refoulement ; à l'autopsie il trouva les lèvres de la plaie largement béantes, les tissus voisins étaient noirs jusqu'au centre de la tumeur (Barnes).

Mais la complication la plus fréquente et la plus grave est la péritonite septique. Rühl donne une mortalité de 19 o/o par péritonite consécutive à la ponction.

D'ailleurs, pour juger cette méthode, il est juste de tenir compte de ce que furent les suites de couches. Gottshalk attribue à la ponction beaucoup d'inflammations et de suppurations consécutives. Hirst rapporte de même un fait où la lapa-

rotomie fut nécessaire le dix-septième jour après l'accouchement.

M. Pinard a publié un cas de kyste dermoïde, où il s'est fait une infection secondaire de la poche. La convalescence a été très longue. Il est vrai qu'ici la poche a été incisée.

M. Bar, dans une discussion récente sur la ponction à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, s'est exprimé de la façon suivante :

« Mieux vaut adopter une intervention qui comporte quelques risques, mais des risques connus, et en quelque sorte pesés, qu'une intervention moins grave en apparence, mais dont les risques restent obscurs. Or, les opérations par voie vaginale sont de ces dernières. Qu'aujourd'hui la ponction vaginale puisse se faire avec moins de chances qu'autrefois d'infecter le kyste, le fait est certain ; que toute chance d'infection puisse être écartée avec certitude, le fait est au moins douteux. Mais laissons ce point, le véritable risque me paraît être le suivant : « Nous ne savons généralement pas grand'chose de ce qu'est un kyste faisant obstacle à l'accouchement, dans sa partie supérieure non accessible au toucher, et ne peut-on craindre que pendant l'accouchement le kyste affaissé par ponction ne soit froissé, traumatisé, d'où des complications à évolution incertaine, peut-être graves. Pour toutes ces raisons il semble que dans tous les cas où un obstacle est créé par le kyste mieux vaut intervenir par la voie haute. »

A côté de cela, il y a d'autres auteurs, comme Lomer, qui sont des partisans convaincus de la ponction. Plusieurs observations ont été publiées où l'accouchement a pu très bien se faire après ponction du kyste (Couvelaire, Lepage, Bender, etc.).

M. Lepage, dans la même discussion à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, dit :

« Il ne peut venir à la pensée de personne que je préconise le traitement par la ponction de tous les kystes de l'ovaire pendant le travail ; mais je pense que la ponction ne doit pas être systématiquement proscrite, et qu'elle trouve son indication dans certains cas. Cette intervention paraît surtout légitime dans les cas de kystes de l'ovaire situés bas dans le vagin et qui ont chance d'être des kystes parovariques. »

Sans nier l'utilité de la ponction dans certains cas bien déterminés, nous sommes d'avis qu'il vaut mieux s'abstenir d'exposer inutilement les femmes au danger que comporte toute ponction. Comme la réussite ou l'échec de la ponction dépendent en grande partie du contenu de la tumeur; comme c'est toujours cette partie du diagnostic qui reste le plus souvent incertaine, on comprend que la ponction reste une intervention aveugle, qu'on cherchera à remplacer par une autre plus sûre. Et d'ailleurs dans le plus grand nombre des cas elle sera inefficace et on sera obligé de faire autre chose.

L'incision est passible des mêmes reproches que la ponction.

« De l'incision du cul-de-sac postérieur à l'abaissement du kyste et à la ligature du pédicule, il n'y a qu'un pas » (Lomer). Et pourtant cette intervention n'a été pratiquée pour la première fois qu'en 1894, par Staude, avec bon résultat pour la mère et l'enfant. L'ovariotomie vaginale, a des partisans très convaincus, surtout en Allemagne. Ainsi Dührssen la recommande dans tous les cas de dystocie par tumeur pelvienne, et ne la fait même pas précéder par une tentative de refoulement, qui d'après lui présenterait des plus grands dangers que l'ovariotomie.

Tout d'abord les indications pour cette opérations sont bien limitées. Staude lui-même indique les conditions suivantes : « Existence d'une tumeur profondément enclavée dans le petit bassin, mobile, pédiculée, peu adhérente et à limites supérieures bien accessibles par la plaie vaginale. »

L'ovariotomie vaginale est passible de plusieurs reproches : elle ne peut être appliquée que dans des cas bien déterminés ; on ne peut établir ni maintenir l'asepsie, etc.

Un danger tout particulier peut survenir, quand le fœtus descend brusquement avant la terminaison de l'opération ; on peut alors observer des déchirures très larges, profondes, du vagin : l'hémorragie, l'infection en sont la suite.

Souvent au cours d'une ovariotomie vaginale,

on s'aperçoit que la tumeur remonte beaucoup plus haut qu'on ne l'avait cru ; quelquefois des difficultés insurmontables surgissent du fait des adhérences insoupçonnées ; l'opérateur se voit donc dans la nécessité d'ajouter une incision abdominale pour terminer l'opération.

Enfin, quand il s'agit d'une tumeur incluse dans le ligament large — diagnostic impossible à faire avant l'intervention — on ne pourra en faire l'ablation par voie vaginale et on sera obligé de recourir à la voie haute.

En somme, l'ablation de la tumeur par voie vaginale est une intervention aveugle ; on doit toujours lui préférer l'ovariotomie abdominale, avec ou sans césarienne préalable, qui seul permet de se rendre un compte exact de la nature et de la situation de la tumeur.

Nous arrivons enfin à la dernière méthode de traitement de kystes ovariques pendant le travail, *à l'ovariotomie abdominale.*

Déjà, en 1878, Markwald émit l'idée, qu'après insuccès de refoulement et de la ponction, il fallait rejeter l'incision et faire la laparotomie pour essayer l'ablation du kyste, tout en se tenant prêt à faire l'opération césarienne.

Rémy avait dit : « Le médecin devra toujours essayer de lever l'obstacle, c'est-à-dire faire l'extraction du kyste par la voie abdominale et ne recourir qu'après échec à la section de l'utérus. »

Jalaber, dans sa thèse parue en 1898, n'a pu

réunir que 3 cas, où après ovariotomie abdominale, l'accouchement a été terminé par voies naturelles (Spencer, 2 cas de Williams). Dans cette thèse nous y ajoutons quelques autres observations, parues ces dernières années. Elles sont encore peu nombreuses, ce qui tient probablement en grande partie à la rareté relative de la dystocie par tumeur ovario-pelvienne.

Malheureusement, souvent il s'agit de grosses tumeurs enclavées profondément dans le petit bassin ; elles peuvent avoir contracté là de fortes adhérences ; il est impossible de les atteindre derrière l'utérus gravide, même fortement luxé en avant. Dans ces cas, malheureusement plus nombreux que les premiers, on est obligé de faire précéder l'ovariotomie par une section césarienne. Mais nous pensons que dans beaucoup de cas où la césarienne avait été pratiquée de parti pris, elle a pu être évitée.

On ajoutera aussi la césarienne à l'ovariotomie dans les cas où la dilatation n'étant que peu avancée, le fœtus présente des signes de souffrance, ou quand l'état de la mère exige un accouchement rapide.

Quant au précepte de Hohl de pratiquer toujours la césarienne après l'ovariotomie abdominale, il ne doit pas être suivi, car on ne comprend pas pourquoi on exposerait la femme sans raison sérieuse aux risques ultérieurs de la section césarienne et aux risques immédiats d'une intervention complexe.

Flaischlen a reproché à l'extériorisation de l'utérus d'amener le décollement prématuré du placenta et par là la mort du fœtus.

Pour que ce reproche n'ait pas de raison d'être, deux conditions sont nécessaires, comme le dit fort justement le Dr Sauvage : la courte durée de la luxation de l'utérus et la vitalité entière de l'enfant au moment de l'intervention.

Si on lit attentivement les observations, on voit qu'avant l'intervention l'enfant avait présenté des signes de souffrance : modification des bruits du cœur, légère il est vrai, perte de méconium, comme dans le cas de M. Sauvage.

« On voit chaque jour des enfants naître vivants malgré cet incident. Il n'en est pas moins vrai que, dans notre observation, il paraît bien avoir préparé la mort de l'enfant pendant l'acte opératoire » (Sauvage).

Aussi le Dr Sauvage veut-il que le moindre signe de souffrance fœtale soit une indication à faire précéder l'ablation de la tumeur par une section césarienne.

Le second reproche qu'on avait fait à la laparotomie en vue de l'ovariotomie abdominale, c'est d'enlever à l'utérus ses forces expulsives. Mais cela n'a heureusement qu'une importance minime, puisqu'on finit presque toujours l'accouchement artificiellement, et ainsi les efforts de l'utérus sont très facilement remplacés.

Au point de vue technique opératoire, M. Couvelaire insiste sur les points suivants :

1° Il faut extérioriser l'utérus gravide.

« Dans un cas j'ai, après avoir mis à nu la face antérieure de l'utérus, essayé de glisser la main derrière la matrice. Jusqu'au promontoire pas de difficultés, mais l'entrée du petit bassin fut très malaisée. Je n'insistai pas. Après extériorisation de l'utérus, rien ne fut plus facile que de cueillir dans le pelvis la tumeur liquide libre de toutes adhérences.

Dans un second cas la simple extériorisation de l'utérus ne fut pas suffisante. Il fallut avec la plus grande prudence luxer au maximum l'utérus, éloignant sa face postérieure de la région lombaire, tendant au maximum sous la surveillance de l'œil les pédicules tubo-ovariens pour insinuer la main dans le fond de Douglas, et ramener au dehors la tumeur kystique libre de toutes adhérences.

2° Après extériorisation de la tumeur, il faut replacer l'utérus gravide dans l'abdomen, une corne après l'autre, cependant que les deux lèvres de la plaie abdominale sont soulevées par une pince de Museux et écartées dans la mesure nécessaire. Cette réintégration doit être précédée de la constatation de l'intégrité des pédicules tubo-ovariens et du péritoine qui tapisse le segment inférieur.

Après l'ablation de la tumeur, il faut lier très soigneusement le pédicule. Dans le second cas

j'ai mis, suivant le conseil de Segond, une double ligature à la soie n° 2, la première entre-croisée à la manière de Lawson-Tait, la seconde simple et cela dans le but d'éviter les glissements ultérieurs des vaisseaux et les hématomes sous-péritonéaux ou hémorragies qui en seraient la conséquence.

4° La suture de la paroi abdominale présente quelques petites difficultés. Entre les deux lèvres écartées tend à faire hernie l'utérus gravide. La cicatrice sera ultérieurement soumise à une tension anormale, soit du fait de l'accroissement de volume de la matrice si l'on opère pendant la grossesse, soit du fait de la contraction utérine si l'on opère pendant le travail. De toutes façons, il sera prudent d'éviter les efforts d'expulsion en pratiquant, dès que la dilatation sera complète, l'extraction artificielle du fœtus.

En ce qui concerne le manuel opératoire de la suture, je crois qu'il est bon de passer les fils à distance des bords de la plaie, et de la renforcer par des points de soutènement noués sur une compresse. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

(Otto von Weiss.)

Complication de la grossesse de l'accouchement et des suites de couches par tumeur de l'ovaire

I-pare, vingt et un ans. Entrée le 11 avril 1892. A terme.

Fond de l'utérus à l'appendice xyphoïde. Fœtus vivant, tête au-dessus du détroit supérieur.

Tumeur du volume d'un œuf d'oie dans le cul-de-sac postérieur.

Tendue, légèrement fluctuante. Col derrière la symphyse. Dilatation de 1 franc. Membranes intactes.

18 avril. — Tentatives de refoulement infructueuses.

Diagnostic. — Tumeur solide ou kystique de l'ovaire enclavée dans le Douglas.

19 avril. — Nouvelle tentative de refoulement, échec.

Laparotomie. Impossibilité d'atteindre la tumeur. Césarienne typique. Garçon vivant, 2.750 grammes, 48 centimètres.

Ovariotomie.

Sortie le 12 mai 1892. Guérie.

OBSERVATION II

(Sandberg.)

Dystocie par tumeur ovarique

VII-pare, trente-sept ans. Les accouchements antérieurs étaient spontanés.

Après deux jours de contractions utérines douloureuses on diagnostique : tumeur occupant tout le petit bassin.

Laparotomie. Extirpation d'une tumeur ovarienne multiloculaire.

Des contractions utérines douloureuses surviennent de nouveau, mais la dilatation se fait très lentement.

Le jour suivant collapsus. On va à la recherche d'un pied. Extraction d'un enfant vivant.

Guérison.

OBSERVATION III

(Backhaus.)

I-pare, vingt-quatre ans. A terme. P. C. D., 12 mars 1900.

14 mars, à 8 h. 30 du soir. — Rupture artificielle des membranes par une sage-femme, car le travail ne progressait pas. Entrée le 5 mars au soir.

Présentation céphalique. Enfant vivant.

Col très haut derrière la symphyse. Perméable pour deux doigts. Membranes rompues. Tête mobile au-dessus

du détroit supérieur. Au toucher on sent dans le cul-de-sac postérieur une tumeur du volume d'une tête d'enfant; fluctuation nette ; consistance variable. Le toucher rectal montre que la tumeur n'a pas son origine dans le bassin même.

Diagnostic. — Embryome enclavé.

On n'a pas essayé le refoulement, n'étant pas sûr du contenu.

Laparotomie. Impossibilité d'arriver sur la tumeur.

Césarienne. Liquide amniotique fétide. Tamponnement au sublimé. Enfant de 3.000 grammes.

Sortie le 3 avril 1900.

Mère et enfant sont en parfaite santé.

OBSERVATION IV

(Semon.)

Complication du travail par tumeur ovarique

I-pare, vingt-trois ans. A terme.

Entrée le 25 novembre 1899 à 7 heures du matin.

Rupture de la poche des eaux le 24 novembre à 11 heures du soir.

Fortes douleurs toutes les cinq minutes.

Abdomen très tendu.

Tête au fond de l'utérus. Bruits du cœur à gauche au-dessus de l'ombilic.

Toucher : on tombe immédiatement sur une tumeur dans le cul-de-sac postérieur occupant tout le petit

bassin. Elle est arrondie, de consistance dure, non élastique. A sa partie supérieure à gauche consistance pâteuse.

L'orifice du col est très difficile à atteindre, rejeté en haut derrière la symphyse. Dilatation suffisante pour laisser passer un pied.

Diagnostic. — Tumeur pelvienne, dont la nature est douteuse : myome ou kyste dermoïde de l'ovaire. Un kyste simple est sûrement à éliminer.

Tentatives de refoulement, échec.

Sous narcose on essaie de refouler la tumeur avec toute la main, échec ; la ponction paraissant *a priori* inutile, on fait la laparotomie.

Extériorisation de l'utérus ; compresses chaudes.

Extirpation après ligature du pédicule du kyste de l'ovaire droit. L'ovaire gauche paraît normal ; il est laissé en place. Reposition de l'utérus. Durée de l'opération, la narcose comprise : quarante minutes.

Immédiatement après l'opération apparaît un pied à la vulve ; peu de temps après, expulsion d'une fille vivante de 3.100 grammes, un quart d'heure après l'opération l'accouchement est terminé. La délivrance est faite une demi-heure après, par tractions simples sur le cordon, le placenta setrouvant dans le vagin. Suites normales.

OBSERVATION V

(Stratz.)

Un cas de césarienne et ovariotomie in partu

I-pare, vingt-quatre ans. P. C. D..., le 4 avril 1901.

Entrée le 8 avril à 11 heures du soir.

Le fond de l'utérus remonte jusqu'au rebord costal.

La tête très mobile se trouve dans la région iléo-cæcale. Bruits du cœur à gauche de l'ombilic. A gauche de l'utérus on sent une tumeur tendue, élastique. Abdomen extrêmement douloureux.

Toucher : tumeur dure, remplissant tout le petit bassin. Le col haut derrière la symphyse, laisse passer un doigt. En repoussant le col vers la droite on fait tendre des adhérences, le réunissant à la tumeur.

Toucher rectal : la tumeur est profondément enclavée dans le Douglas et fixée par de nombreuses adhérences.

Diagnostic. — Tumeur de l'ovaire gauche. Péritonite adhésive. Rupture de l'utérus imminente. Plusieurs tentatives de refoulement, échecs. Laparotomie le 9 avril à 10 heures du matin.

Césarienne typique. Enfant de 3.000 grammes, vivant. Après reposition de l'utérus extirpation de la tumeur. Même ayant vidé l'utérus, l'auteur a eu des difficultés pour faire passer la tumeur. La durée de l'opération a été de vingt-cinq minutes.

Tumeur 1.100 grammes, longue de 20 centimètres, large de 12 centimètres. Dermoïde.

OBSERVATION VI

(Jünger.)

Femme de vingt-six ans.

Dans le Douglas on sent une tumeur du volume d'un

demi poing. Elle est rénitente, élastique. Le col se trouve derrière la symphyse, perméable pour trois doigts.

Il est effacé.

La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

Tentatives de refoulement. Échec.

Laparotomie.

L'extériorisation de la tumeur est assez difficile à cause des adhérences.

Ablation de la tumeur.

Reposition de l'utérus.

Deux heures après, application de forceps. Enfant en mort apparente ; n'a pas pu être ranimé.

Le placenta est exprimé le jour suivant.

Suites normales.

OBSERVATION VII

(Guinard et Chauve.)

Dystocie par kyste de l'ovaire inclus dans le petit bassin

I-pare, vingt-quatre ans. Dernières règles le 15 février 1902.

P. C. D., 29 novembre à 6 heures du soir. Rupture de la poche des eaux à ce moment.

1er décembre à 2 heures du matin. — *Examen.* — A l'inspection de l'abdomen, l'ovoïde utérin présente son grand axe oblique en bas et à droite, sa grosse extrémité occupe l'hypocondre gauche, la petite empiète sur la fosse iliaque droite.

Palpation. — Siège au niveau de l'hypocondre gauche,

dos à droite ; tête repose par le sommet sur le rebord droit du détroit supérieur ; impossible de la ramener au-dessus de l'aire du détroit.

Exploration vaginale. — La paroi postérieure du vagin est soulevée par une tumeur de consistance élastique, uniformément rénitente, dont les parois tendues ne laissent percevoir qu'une vague fluctuation. Cette tumeur s'étend en hauteur aussi haut, que les doigts peuvent l'atteindre, elle s'élargit de bas en haut de telle sorte que vers les parties moyenne et supérieure du vagin elle occupe les régions postérieure et latérale gauche du pelvis.

Le col utérin se trouve coincé entre la ligne innominée droite et la face droite de la tumeur. Il n'est pas effacé, les lèvres sont ramollies et souples sur toute la hauteur.

Toucher rectal : tumeur uniforme, rénitente, sans bosselures ni dépressions.

Diagnostic. — Tumeur kystique, probablement uniloculaire, occupant le Douglas et la moitié gauche du pelvis, envoyant un prolongement au-dessus du détroit supérieur, adhérente aux organes du petit bassin et sans doute au ligament large gauche.

Pas de tentatives de refoulement.

2 décembre. — Laparotomie.

Extériorisation de l'utérus.

Par ponction on évacue 1 litre de liquide muqueux filant, limpide. A mesure que le kyste se vide, on sent par le toucher que le pôle s'engage.

Ablation de la paroi kystique et de la trompe.

Avant la fermeture de l'abdomen application de forceps, car il y a modification des bruits du cœur. La délivrance se fait spontanément pendant la suture de la plaie.

Deux points sur le périnée.

L'enfant n'a pas pu être ranimé.

La femme est sortie guérie, vingt-cinq jours après l'opération.

OBSERVATION VIII

(Fūth.)

Ovariotomie après césarienne

I-pare, vingt-six ans.

Tumeur dans le Douglas du volume d'un demi-poing.

Col haut derrière la symphyse.

Refoulement impossible.

Laparotomie.

Impossibilité d'atteindre la tumeur derrière l'utérus

Césarienne. Enfant vivant.

Ablation de l'embryome de l'ovaire droit.

Multiples et fortes adhérences. Hémostase difficile.

Drainage par le vagin.

Guérison.

OBSERVATION IX

(Raùsch.)

I-pare, vingt-six ans. Entrée le 12 novembre 1892.

Dernières règles commencées en février 1892.

Tête en haut.

Col haut, dilatation complète.

Le bassin est occupé par une tumeur, atteignant le volume d'une tête d'adulte. Dure.

Refoulement impossible.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Laparotomie.

Césarienne. Enfant vivant : 3.300 grammes, 51 centimètres.

Ovariotomie.

Suites normales.

Sortie guérie le 3 décembre 1892.

OBSERVATION X

(Georg van der Bricle.)

Section césarienne et ovariotomie pour tumeur de l'ovaire

VI-pare, trente ans. Accouchements antérieurs spontanés.

Dernières règles, début de mars.

Rupture prématurée des membranes le 17 novembre 1902, à 8 h. 3/4 du soir. Entrée dans le service le jour même. Le fond de l'utérus remonte à un travers de main au-dessus de l'ombilic. A droite un pôle dur, ballottant. Bruits du cœur bons à droite, au-dessous de l'ombilic. L'orifice du détroit supérieur est libre.

Toucher : le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur élastique, relativement dure. Pas de fluctuation. Le col se trouve au-dessus de la symphyse ; perméable pour un doigt.

20 novembre. — Contractions utérines peu douloureuses.

Examen sous narcose : col non effacé, perméable pour deux doigts, difficilement accessible, se trouvant derrière la symphyse.

Tentative de refoulement, échec.

Deux heures plus tard nouvelle tentative de refoulement, échec.

Procidence d'une main.

Laparotomie.

Césarienne typique, car il est impossible d'atteindre la tumeur derrière l'utérus.

D'ailleurs l'auteur a été décidé de pratiquer la césarienne, car étant donné la position transversale du fœtus, il n'aurait pas voulu faire supporter à la femme une version par manœuvres internes.

Enfant de 1.900 grammes, 45 centimètres, n'a pas pu être ranimé.

Ablation du kyste multiloculaire de l'ovaire droit.

Suites normales.

OBSERVATION XI

(Lequeux.)

Dystocie par tumeur solide de l'ovaire

I-pare, dix-neuf ans.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

Toucher : masse volumineuse, refoulant en avant le vagin. Col en haut derrière la symphyse. Dilatation : 2 francs.

Membranes intactes.

La tumeur, de volume d'une tête fœtale, est dure, régulière, lisse, occupe le cul-de-sac de Douglas, se prolonge un peu à gauche.

Elle est indépendante de l'utérus.

Le toucher rectal donne les mêmes renseignements.

Diagnostic hésitant entre fibrome et kyste de l'ovaire. Ce dernier est plus vraisemblable.

Laparotomie.

Césarienne.

Ablation de la tumeur.

OBSERVATION XII

(Fehling.)

I-pare, vingt-cinq ans. Dernières règles en février.

P. C. D. 23 novembre à 10 heures du soir. Rupture des membranes le 25 novembre à 2 heures du soir.

Le médecin consulté trouve à ce moment une tumeur, occupant le Douglas, dure, immobile.

Les douleurs disparaissent complètement.

Diagnostic. — Fibroïde enclavé.

Refoulement, échec.

Transport à la clinique en vue d'une césarienne.

Examen. — Température 37° 6. Pouls 10.

Abdomen volumineux. Fond de l'utérns au rebord costal.

Tête en haut : bruits du cœur normaux.

Col en haut, derrière la symphyse, effacé, dilatable.

Siège : dans le cul-de-sac postérieur on sent une tumeur dure, du volume d'une tête d'enfant, immobile.

Diagnostic. — Myome enclavé ou tumeur de l'ovaire multiloculaire.

Essai de refoulement avec toute la main (sous narcose) échec.

Laparotomie.

Extériorisation de l'utérus.

Ovariotomie droite.

Reposition de l'utérus.

Occlusion provisoire de l'abdomen.

Terminaison de l'accouchement par un aide.

L'extraction se fait sans trop de difficultés.

Extraction de la tête par Veit-Smellie.

Enfant légèrement asphyxié, mais il est ranimé aussitôt.

Fracture de la cuisse gauche.

Réouverture de la paroi abdominale. Compression manuelle de l'utérus jusqu'à la sortie du placenta.

L'examen de l'ovaire gauche montre une petite tumeur de la même nature, on pratique alors son ablation.

Fermeture de la plaie.

Tumeur, fibrome de l'ovaire.

Sortie le 21 décembre.

Enfant et mère bien portants.

OBSERVATION XIII

(Glaser.)

I-pare, vingt-deux ans. Dernières règles le 27 août 1903. Entrée le 4 juin 1904.

Le fond de l'utérus remonte jusqu'au rebord costal. La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur. Bruits du cœur bons.

Pas de périnée, l'anus s'ouvrant dans le vagin.

Le col est haut derrière la symphyse.

La dilatation est de 2 francs.

On sent dans le Douglas une tumeur ronde, à parois dures. Elle est immobile.

Refoulement impossible.

Diagnostic. — Kyste dermoïde enclavé dans le petit bassin.

P. C. D., le 16 juin à 4 heures du soir.

17 juin. — A 9 heures du matin rupture spontanée des membranes.

Le soir du même jour, laparotomie, les bruits du cœur étant bons.

Extériorisation de l'utérus.

L'extériorisation de la tumeur ne présente pas de difficultés.

Césarienne, car la dilatation n'est que très peu avancée.

L'enfant est ranimé aussitôt.

Poids : 3.700 grammes.

Occlusion de la paroi.

La durée totale de l'opération est de une heure un quart.

Les suites ont été troublées par la formation des abcès profonds.

Fistule de la paroi.

Thrombo-phlébite fémorale droite.

Première levée le 21 jdillet.

Sortie le 4 août (en gardant toujours sa fistule).

OBSERVATION XIV

(Büttner.)

Traitement des dystocies par tumeurs ovariennes

I-pare, trente et un ans. Dernières règles le 20 octobre 1904. P.C.D. 6 août à 5 heures du matin.

Tout le petit bassin est occupé par une tumeur élastique. Tête au-dessus du détroit supérieur.

Tentatives de refoulement infructueuses. A 11 heures du matin laparotomie.

Après extériorisation de l'utérus, l'ovariotomie se fait assez facilement.

Reposition de l'utérus. Fermeture de la plaie.

A 7 h. 50 du soir, pendant le toucher, rupture de la poche des eaux. Procidence du cordon.

Application haute de forceps.

Enfant vivant de 4.060 grammes, 51 centimètres.

Déchirure simple du périnée.

Délivrance spontanée deux heures après.

Suites normales.

Sortie dix-huit jours après l'opération, guérie.

OBSERVATION XV

(Retzlaff.)

De l'ovariotomie pendant la grossesse ; l'accouchement et les suites de couches

I-pare, vingt et un ans. Dernières règles, avril 1898.

Entrée le 15 février 1899, présentant des contractions utérines douloureuses depuis cinq jours.

Tête au-dessus du détroit supérieur.

Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur du volume d'une tête d'adulte. Utérus fortement contracté.

Refoulement impossible.

Laparotomie. Kyste multiloculaire gauche de l'ovaire.

Césarienne. Enfant mort depuis longtemps. Poids : 3.600 grammes.

Suites normales.

OBSERVATION XVI

(Hartmann.)

Ovariotomie pendant le travail

Il-pare, trente ans. Entrée le 16 février 1908, car le travail traîne, malgré de fortes douleurs.

Dernières règles 9 mai 1907. Circonférence de l'abdomen 151 centimètres. Utérus fortement dévié du côté droit. Petites parties à gauche. Bruits du cœur à droite.

A droite de l'utérus, on trouve une tumeur de consistance élastique, tendue, allant de la symphyse jusqu'au diaphragme. Pendant la douleur on distingue nettement entre la tumeur et l'utérus une rainure.

Toucher : on atteint avec peine le col derrière la symphyse ; perméable pour deux doigts.

Au dessus du détroit supérieur un pôle résistant.

La paroi postérieure du vagin bombe ; tout le petit bassin est rempli par une tumeur tendue, élastique, qui se prolonge avec une tumeur située au dessus du détroit supérieur.

Diagnostic. — Dystocie par tumeur de l'ovaire, probablement kyste enclavé dans le petit bassin.

Laparotomie.

La paroi kystique a une coloration bleuâtre ; ascite libre.

Par ponction on évacue 8 litres de liquide brun rougeâtre. Pince sur l'orifice de la ponction.

L'extirpation se fait facilement pour la partie abdominale de la tumeur, tandis que la portion enclavée ne se laisse décoller que très difficilement, grâce à ces adhérences avec les anses intestinales, péritoine, vagin et paroi utérine.

Après hémostase il couvre de compresses le champ opératoire et essaie de terminer l'accouchement par voie naturelle. La dilatation étant presque complète, il arrive à extraire l'enfant se présentant par le siège. Poids : 3.200 grammes, 49 centimètres. Respire immédiatement. Délivrance artificielle.

Occlusion de la plaie après contrôle d'hémostase.

Le troisième jour post-opératoire, symptômes de péritonite.

Pouls petit, à peine perçu, 140 à 150 pulsations. Vomissements abdominaux, météorisme douloureux à la palpation. Réouverture. Évacuation de 1/2 litre de liquide jaune séreux. Drain entouré de gaze iodoformée. Lavage de l'estomac. Lavage de l'intestin. Les vomissements disparaissent. L'état général s'améliore.

Le sixième jour ablation du drain.

7 mars. — On suture secondairement, la plaie.

Discussion Frank.

OBSERVATION XVIII

(Brauns.)

I-pare, vingt-six ans. Dernières règles le 8 décembre 1909. Entrée le 29 septembre 1910.

P.C.D., 26 novembre, 10 heures du matin.

Rupture des membres le 28 novembre au soir.

Examen.— Le fond de l'utérus remonte jusqu'au rebord costal. Tête au-dessus du détroit supérieur, très dévié à droite. Auscultation bonne. Au toucher le doigt tombe immédiatement sur une tumeur occupant le cul-de-sac postérieur, laissant bomber en avant la paroi postérieure. Légèrement compressible, sensation du kyste.

Col haut derrière la symphyse. Dilatation de 2 francs.

Refoulement impossible.

Douleurs espacées et faibles.

30 novembre. — Même état.

Le soir les douleurs sont un peu plus fortes.

Modification des bruits du cœur de l'enfant.

4 heures du soir.— Laparotomie. Césarienne, car il est impossible d'atteindre la tumeur. Enfant vivant de 3.050 grammes, 50 centimètres.

Ablation de deux tumeurs kystiques (dermoïdes). Celle de l'ovaire droit mesure 7 centimètres de diamètre longitunal ; celle de l'ovaire droit mesure 7 centimètres de diamètre transversal; celle l'ovaire gauche mesure 18 centimètres de diamètre de longitudinal ; celle de l'ovaire gauche mesure 10 centimètres de diamètre transversal.

Porro, parce que ovariotomie double.

Suites bonnes.

OBSERVATION XIX

(Rossier.)

l-pare, trente-quatre ans. En travail, O.I.G.A.

Tête mobile. Dilatation : paume de main, col très en avant.

Rupture prématurée des membranes quatorze heures avant le début du travail.

Volumineuse tumeur dans le Douglas.

La ponction montre qu'il s'agit d'un kyste dermoïde de l'ovaire .

Césarienne vingt heures et demie après le début du travail. Enfant vivant.

Ovariotomie.

Suites troublées (cœur).

OBSERVATION XX

(Couvelaire.)

Ablation par voie abdominale des tumeurs ovariennes pelviennes à la fin de la grossesse et pendant le travail, sans section césarienne préalable.

Vingt-quatre ans. Dernières règles, le mars 1911.

Entrée dans le service le 6 novembre. Le fond de l'utérus remonte à 34 centimètres au-dessus du pubis.

Tête non engagée, tend à fuir dans la fosse iliaque droite.

Le col est élevé, difficilement accessible, est repoussé en avant derrière le pubis, par une tumeur qui occupe le cul-de-sac de Douglas.

Cette tumeur tendue, indolore, régulière, paraît avoir le volume du poing.

P.C.D. le 9 décembre à 9 heures du soir. Tête bien d'aplomb et fixée sur l'aire du détroit supérieur.

Membranes intactes, col en voie d'effacement.

A minuit la dilatation est de 5 francs.

10 décembre, à 4 h. 1/2 du matin. — Tentative infructueuse de refoulement.

A 2 h. 1/2 la dilatation est toujours de 5 francs, la tête tend à pénétrer dans le bassin, refoulant devant elle la tumeur qui fait bomber fortement la paroi vaginale postérieure. Les contractions sont régulières et fortes.

A 3 h. 15 laparotomie.

Après extériorisation de l'utérus, M. Couvelaire n'arrive pas à pénétrer dans le pelvis ; il est obligé de le luxer complètement au dehors, en surveillant la tension des pédicules utéro-ovariens.

Extériorisation de la tumeur du volume d'une orange.

Réintégration facile de l'utérus.

Après la double ligature du pédicule, ablation de la tumeur. Fermeture de la paroi.

Au toucher on trouve une dilatation de 5 francs. Membranes intactes. Tête appuyant bien.

A 4 heures rupture spontanée de la poche des eaux. Liquide teinté de méconium.

A 4 h. 30 dilatation complète. Application de forceps en G. T. Enfant vivant de 3.250 grammes.

Délivrance artificielle, vingt minutes après, à cause d'hémorragies.

Suites normales.

OBSERVATION XXI

(Sauvage.)

A propos de l'ablation des kystes ovariens prævia pendant le travail

L'utérus est entièrement abdominal. Il est soulevé et incliné par une tumeur très fluctuante, qui occupe toute l'excavation, remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis et s'étale vers la fosse iliaque droite. Par le toucher on constate que la tumeur occupe le Douglas, bombe fortement dans le vagin et efface le cul-de-sac postérieur.

Le col est très élevé, difficilement accessible par l'extrémité de deux doigts et fortement dévié en avant et à gauche.

Tête dans la fosse iliaque gauche et le tronc incliné comme le grand axe de l'utérus dans l'attitude dite en écharpe.

Rupture prématurée des membranes et écoulement d'un liquide verdâtre deux heures avant l'apparition de contractures utérines douloureuses. Bruits du cœur normaux.

Quatre heures après le début du travail, tentative infructueuse de refoulement. Ponction avec un trocard de l'appareil de Potain.

Il s'écoule quelques grammes de liquide filant et jaune clair qui se solidifie rapidement. L'écoulement s'arrête.

Deux heures plus tard, laparotomie.

Extériorisation de l'utérus.

L'accès du bassin n'étant pas assez large, agrandissement de l'incision abdominale par en bas, l'utérus peut alors être fortement luxé hors du ventre, vers le pubis ; c'est à ce moment seulement que la main peut arriver sur la tumeur pelvienne avec assez de facilité pour l'amener au dehors.

Ablation après ligament du pédicule.

Reposition de l'utérus.

Fermeture de la paroi.

Il ne s'est pas écoulé dix minutes entre l'incision de la paroi et le commencement des sutures abdominales.

Accouchement spontané six heures après l'intervention. Période d'expulsion assez courte, pour qu'on n'ait pas le temps matériel d'appliquer le forceps.

L'enfant est mort : 3.750 grammes.

Suites opératoires simples.

La femme a été revue à plusieurs reprises et est actuellement en bonne santé.

OBSERVATION XXII

(Friedrich.)

Kyste dermoïde de l'ovaire comme dystocie

I-pare, vingt-quatre ans. Entrée le 15 mars 1900 à 11 h. 1/2 du soir.

Dernières règles, 1er juin 1899.

P.C.D.;le 12 mars.

Rupture artificielle des membranes par la sage-femme en ville, le 14 mars à 8 h. 1/2 du soir.

Examen. — Col derrière la symphyse. Dilatation de 2 francs. Tête au-dessus du détroit supérieur.

Le Douglas est rempli par une tumeur du volume d'une tête d'enfant,par place elle est molle, fluctuante,mais présente dans certains endroits une dureté d'os. Absolument immobile.

Refoulement, échec.

Diagnostic. — Dermoïde de l'ovaire.

16 mars, Minuit. — Laparotomie. Impossibilité d'atteindre la tumeur.

Césarienne.Enfant vivant.

Ablation de la tumeur.

Dans la suite, abcès dans le Douglas.

Sortie guérie le 29 avril 1900.

OBSERVATION XXIII

(Staude.)

Complication de la grossesse et de l'accouchement par tumeur ovarienne

I-pare, vingt-six ans. Entrée le 3 mai 1890.

P.C.D., 1er mai.

Col derrière la symphyse.

Dilatation de 2 francs. Membranes intactes. Tête au-dessus du détroit supérieur.

Une grande partie du petit bassin est occupée par une tumeur tendue. Refoulement impossible.

3 mai, 4 h. 1/2 du soir. — laparotomie.

Kyste de l'ovaire gauche intraligamenteux : tête d'enfant. Au niveau de l'ovaire droit un autre kyste : mandarine.

Césarienne typique. Enfant ranimé aussitôt. Ovariotomie double.

Quatre semaines après l'opération la femme quitte le service guérie.

CONCLUSIONS

1° En cas de dystocie par tumeur de l'ovaire compliquant le travail, il faut toujours intervenir ;

2° Le refoulement ne doit être tenté qu'avec une extrême douceur; il y a avantage d'intervenir sous chloroforme, la femme étant en position inclinée ;

3° Les interventions par voie vaginale (ponction, incision, ovariotomie) ont pu donner dans quelques cas des résultats favorables, mais peuvent donner lieu à des accidents et complications graves, qui commandent la plus grande réserve dans leurs indications ;

4° L'intervention de choix est l'intervention chirurgicale par voie abdominale, qui seule permet de juger des connexions exactes et de la nature de la tumeur ;

5° Si la tumeur peut être facilement extériorisée, on procédera à son ablation sans pratiquer l'opération césarienne, à moins que l'état de la mère ou del'enfant ne nécessite une évacuation immédiate de l'utérus ;

6° Si on est dans l'impossibilité d'atteindre la tumeur derrière l'utérus, on fera précéder l'ovariotomie par la section césarienne.

Vu : le Président de la thèse
PINARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Porak. — Dystocie par kyste de l'ovaire (N. Arch. d'Obst. et de Gyn., 1886).

Rémy. — De la grossesse compliquée de kyste ovar. Thèse d'agrég. Paris, 1886.

Lomer. — Centralblatt für Gynäkol., 1890, nº 42.

Pinard et Lepage. — Fonctionnement de la maison d'accouchement Baudelocque, 1892.

Pinard. — Bull. de l'Acad. de Médecine, 1864.

Flaischlen. — Zeitschrift f. Geburt. und Gynäk., 1894, vol. XXIX, p. 48.

Staude — Monatschr. f. Geb. und. Gyn., 1895, vol. II, p. 257.

Hohl. — Archives für Gynäk., 1896, vol. LII, p. 410.

Cocard. — Thèse de Paris, 1896.

Lewitzki et Gogotzki. — Journ. akusrerstura i shenskich bolesniej., octobre 1867.

Ostermayer. — Centralblatt f. Gyn., 1897., vol. XLV, p.617.

Jalaber. — Thèse de Paris, 1898.

Sandberg. — Dystosie par tumeur ovarique (Medicinische Revue, 1899, p. 161).

Benckiser. — Münch. Med. Wochensch., 1899, p. 923.

Waehmer. — Thèse de Halle, 1900.

Backhaus. — Centralbl. f. Gynäk., 1900,nº 29.

Siedenkopf. — Dermoïdkyste als Geburtshinderniss (Münch. Medic. Wochensch., 1900, p. 480).

Nesselbach. — Ovarialkyste als Geburtshinderniss (Deutsche Med. Wochensch., 1900,nº 15).

Niebergall. — Ovariotomie vag. pendant le travail (Centralb. f. Gynäk., 1901, p. 583).

Schatz. — Ovarialkysten als Geburrtshinderniss (Münch. Med. Wochench., 1901, p. 559).

Grube. — Monatschr. f. Geb. und. Gynäk., 1901, vol. XIII, p. 692.

Chenieux. — Revue de Chirurgie., nov. 1901, p. 574.

Semon. — Complication du travail par tum. ov. (Monatschr f. Geburtsh. und. Gyn., 1902, vol. XVI, p, 275).

Stratz. — Un cas de césarienne et ovariotomie pendant le travail (Centralb. f. Gyn., 1901, n° 21).

Bachmann. — Zentralb. f. Gyn., 1902, n° 33, p. 874.

Criwitz. — Thèse de Berlin, 1902.

Puech. — Gazette des Hôpitaux, déc. 1901, p. 1393.

Junger. — Thèse de Würzbourg, 1903.

Guinard et Chauve. — Dystocie par kyste de l'ovaire inclus dans le petit bassin (Annales de Gyn., juin 1903).

Couvelaire. — Comptes rendus de la Soc. d'Obst., juillet 1902, p. 182.

Futh. — Monatschr. f. Geb. und. Gyn., 1903, p. 269.

Rausch. — Thèse de Leipzig, 1903.

Boissard et Coudert. — Dystocie par tumeur solide de l'ovaire (Bullet. de la Soc. d'Obs. de Paris, 1903, n° 6, p. 427).

Geisthœvel. — Ein Fall von vagin. Ovariotomie, etc. (Deut. Med Wochensch., 1903, p. 337).

Briele (Georg van der). — Section césarienne et ovariotomie pour kyste de l'ovaire (Centralb, f. Gyn., 1903, n° 5, p. 133).

Coudert. — Les Tumeurs solides de l'ovaire, etc. (l'Obstétrique, janvier 1904, p. 55).

Duhrssen. — Deutsche Med Wochensch., 1904, n° 47, p. 1529, n° 48, p. 1570.

Jacobson. — Monatschr. f. Geburtsh, und. Gyn., 1904, vol XX, p. 1256.

Lequeux. — Dystocie par tumeur solide de l'ovaire (Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris, 1904, vol. VII, p. 192).

Fehling. — Monatschr. f. Geb. und. Gyn., 1904, vol. XIX, p. 982.

Kallmorgen. — Festschrift fur Olshausen. Stuttgart, 1905.

Glaser. — Thèse de Strasbourg, 1905.

Aguilar. — Gazette méd. de Grenade, 7 mai, 1906.

Bué. — Kyste de l'ovaire dystocique (Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris, 1906, t. IX, p. 321).

Buttner. — Thèse de Leipzig, 1907.

Franc. — Sectio cesar. wagen ein sol. Ovarialtumor

(Monatsch. f. Geb und Gyn., 1907, vol. XXV, p. 409).

Retzlaff. — De l'ovariotomie pendant la grossesse, etc. (Monatschr. f. Geburts. und Gyn., 1907, vol, XXV, p. 650).

Tauffer. — Zentralbl. f. Gyn., 1907, vol., XXX, p. 397.

Riemann. — Dystocie par tumeurs (Arch. f. Gyn., 1907, vol. LXXXIII, p. 721).

Jolly. — Zur Diagnose der ovarialtum (Deutsch. Med. Woch., 1909, p. 48, 2114).

Rühl. — Uber einen Fall von vag. Ovariotomie, etc. (Monat. f. Geb. und Gyn., 1909, vol. XXIX, p. 275).

Hartmann. — Ovariotomie Wahrend der Geburt (Monatsch. f. Geb. und Gyn., 1909, vol. XXIX, p. 961).

Guillemet. Grosse et Hugé. — Dystocie par kyste de l'ovaire pendant le travail Soc. d'Obst. de Paris. Séance du 11 oct. 1909.

Brauns. — Monatschr. f. Geb. und Gyn., 1910. vol. XXXIII, p. 377.

Rossier. — Communicat. à la Soc. vaudoise de médecine (Revue médic. de la Suisse romande, 9 mars 1911).

Couvelaire. — Bulletin d'Obs. et Gynéc. de Paris, janv. 1912.

Lepage. — Société d'Obs. et Gyn. de Paris, février 1912.

Sauvage. — Société d'Obs. et de Gyn. de Paris, février 1912.

Bar. — Société d'Obs. et de Gyn. de Paris, mars 1912.

Weiss (Von Otto). — Festchrift Theodor Billroth. Stuttgart, 1892, p. 248.

Friedrich. — Thèse de Leipzig, 1901.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'Obstétrique.

Segond. — Traité de Chirurgie (Duplay et Reclus).

Maygrier. — Traité d'accouch. Tarnier et Budin.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE